



Nationellt uppföljningsprogram – CPUP – Fysioterapeuter

Förberedelse-del Nyheter/förändringar/omformuleringar är skrivna med turkos text.

Personnummer _____
Efternamn _____ Förnamn _____
Barnets region _____
Barnets distrikt _____ Bedömningsdatum (år-mån-dag) _____

Functional mobility scale (FMS)

Be föräldrarna eller personen att uppskatta **vanligast** förekommande förflyttning **vid samtliga tre** avstånd nedan. Ange **en** gradering vid respektive avstånd.

_____ 5 meter _____ 50 meter _____ 500 meter

N = Inte tillämpligt; t.ex. personen fullföljer inte avståndet. *Används då en person aldrig hamnar i den situationen t.ex. aldrig får följa med till ett shoppingcenter på grund av sitt nedsatta allmäntillstånd. N, används enbart ute i samhället (500 m).*

C = Kryper: Personen kryper vid förflyttning i hemmet (5 m).

1 = Använder rullstol: Kan ev. stå vid förflyttningar, kan ev. ta några steg med hjälp av annan person eller rollator/stöd.

2 = Använder rollator eller stöd; utan hjälp av annan person.

3 = Använder kryckkäppar; utan hjälp av annan person.

4 = Använder käppar (en eller två); utan hjälp av annan person.

5 = Självständig gång på jämnt underlag; använder inte gånghjälpmedel eller hjälp av annan person*. Behöver ledstång vid trappgång.

*Om möbler, väggar, staket, skyltfönster används som stöd, anges siffran 4 som korrekt beskrivning.

6 = Självständig gång på alla underlag; använder inga gånghjälpmedel eller hjälp från annan person när personen går på olika underlag inklusive ojämn mark, trottoarkant eller i folksamlingar.

Sitthjälpmedel

Använder vanlig stol /vagn

Använder (också) sitthjälpmedel

Nej

Ja

Sitter ej

Typ av sitthjälpmedel (fler alternativ kan anges)

Arbetsstol

Rullstol (utan tilt)

Rullstol (med tilt)

Formgjuten sits/sittsystem/specialanpassning

Golvstol/Sittskal

Sadelstol

Sitter antal timmar/dygn

<8 tim.

8–12 tim.

> 12 tim.

Sitthjälpmedel används i kombination med Ortoser nedre ex Spinal ortos

Kommentar _____

Rullstol inomhus – vanligast förekommande

Manuell rullstol: använder ej

blir körd

kör själv

Elektrisk rullstol: använder ej

blir körd

kör själv

Rullstol utomhus

Manuell rullstol: använder ej

blir körd

kör själv

Elektrisk rullstol: använder ej

blir körd

kör själv

Liggande, vilo- och sovställningar (flera svar kan anges)

Ändrar position självständigt i liggande

Ligger antal timmar/dygn

Ryggliggande

< 8 tim.

Magliggande

8–12 tim.

Sidliggande höger

> 12 tim.

Sidliggande vänster

Annan vilo- och sovställning

Använder positionerande hjälpmedel i liggande

Nej Kuddar

Ställbar säng

Annat _____

Kommentar _____

Längd och vikt. Fylls endast i om logoped INTE registrerat!

Datum _____

Längd _____ cm

Vikt _____ kg

Längden osäker/svårkört

Nej

Ja

Mätt i stående på våg

Mätt i stående

Sittvåg

Liggande på mätbräda

Liftvåg

Liggande måttband

I famnen

Patientens egen uppgift

Patientens egen uppgift

Har gastrostomi

Nej

Ja

Förflyttning mellan golv, stol och stående – vanligast förekommande

Här efterfrågas självständig förflyttning. **Utan stöd** tillåter kroppseget stöd. **Med stöd** tillåter allt stöd såsom t.ex. väggar och möbler, dock ej andra personer.

	Utan stöd	Med stöd	Klarar ej
Uppresning till stående från sittande på golv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från stående sätta sig på golv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppresning från sittande på stol till stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från stående sätta sig på stol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Förflyttning i trappor

Tar sig självständigt uppför trappa

- Går Utan stöd
 Med hjälp av ledstång

Skuttar, kryper uppför

- Nej Kan med levande stöd
 Kan med levande stöd+ ledstång
 Kan ej

Tar sig självständigt nerför trappa

- Går Utan stöd
 Med hjälp av ledstång

Skuttar, kryper nerför

- Nej Kan med levande stöd
 Kan med levande stöd+ ledstång
 Kan ej

Operationer, spasticitetsreducerande behandling och seriegipsning

Du besvarar OM någon insats givits, så får din fysioterapeut komplettera med detaljer.

Har du **opererats** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Vilken/vilka operationer?

Datum

Har du fått injektioner med **botulinumtoxin** i nedre extremiteterna sedan föregående bedömningstillfälle?

Nej Ja

Vilka muskler?

Datum

Behandlas du med spasticitetsreducerande medicin, t.ex. Baclofen?

Nej Ja Om ja, på vilket sätt: via Baclofenpump via mun/PEG

Har du genomgått selektiv dorsal rhizotomi (SDR-opererad) någon gång?

Nej Ja Vilket år?

Har du **seriegipsats** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Vilka leder?

Datum för avgipsning Behandlingstid (vecka)

Smärta

Frågorna är besvarade av: Personen själv Någon i personens omgivning

Upplever du eller någon i din omgivning att du **har ont**? Nej Ja Vet inte

Hur mycket värk eller smärta har du haft under de senaste fyra veckorna i eller på grund av?

	Ingen	Mycket lätt	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
Huvud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygg, bål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armar, händer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Höfter, ljumskar, lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knä, knäveck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fötter, underben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänder, mun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage, reflux, PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hud, trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelspänningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benen, ospecificerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oklart ursprung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(undantag att notera här)

Under de senaste fyra veckorna – Hur mycket har värken eller smärtan stört?

Dina vardagliga aktiviteter?

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Din sömn?

- Inte alls
- Lite
- Måttligt
- Mycket
- Våldigt mycket

Kommentar _____

Smärtskala med ansikten – reviderad (Face Pain Scale – Revised)



Fraktur – Haft någon **fraktur** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Var (lokalisering) _____

Orsak? Fall Olycka Spontanfraktur Vet inte

Fysisk aktivitet

Har aktivt deltagit och utfört **fysiska aktiviteter i förskola/skola** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Om ja, **hur ofta** har det vanligtvis skett?

Mindre än 1 gång/vecka 1 g/vecka 2 ggr/vecka 3–5 ggr/vecka

Har regelbundet deltagit och utfört **fysiska fritidsaktiviteter** sedan föregående bedömningstillfälle? Nej Ja

Om ja, **hur ofta** har det vanligtvis skett?

Mindre än 1 gång/vecka 1 g/vecka 2 ggr/vecka 3–5 ggr/vecka

Vilken/vilka fysiska aktiviteter?

All träning i vatten Boll-lagsporter Bordtennis/pingis/badminton/tennis

Bowling/boccia/boule Cykling ute/inne Dans/balet Gymnastik/barngympa/-yoga

Fysiska vardagsaktiviteter/ fri lek inne/ute Gym/styrketräning/ friidrott Ridning

Promenader/löpning/Racerunning Is-aktiviteter Snö-aktiviteter Kampsporter

Annat _____

Om nej, ange främsta orsaken till att personen inte deltar i fysiska fritidsaktiviteter:

För ung Utbud finns inte Är inte intresserad Bristande ork

Bristande assistans Bristande anpassning Annat _____

Fall och fallrädsla Fylls i vid **14-årsbedömningen**, för övrigt vid behov.

Har du fallit senaste året?

- Nej
Ja, varje dag
Ja, varje vecka
Ja, varje månad
Ja, mer sällan

Om Ja, har antalet fall ökat?

- Nej
Ja

Är du rädd för att falla?

- Nej
Ja, men påverkar inte aktiviteter
Ja, påverkar aktiviteter till viss del
Ja, påverkar aktiviteter till stor del
Vet inte

Separat **Fall-formulär (Short-FES)** ifyllt Nej Ja

Separat **balanstest (Mini BESTest)** ifyllt Nej Ja

(Återfinns under Vuxen / Fallrädsla Short-FES-I och Mini-BESTest)